

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1917

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'Étude

DES

Indications des Procédés Opératoires

dans le traitement chirurgical

de l'Estomac Biloculaire

PAR

Sarah KAM (dite SILINSKY)

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHARGÉE DU SERVICE D'INTERNE AUX HÔPITAUX DE NANCY (1914-1915)

ET DE PARIS (HOSPICE DE BICÊTRE) : 1915-1917)

Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 20, — PARIS (VI^e A^t)

1917

14

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1917

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'Étude

DES

Indications des Procédés Opératoires

dans le traitement chirurgical

de l'Estomac Biloculaire



PAR

Sarah KAM (dite SILINSKY)

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHARGÉE DU SERVICE D'INTERNE AUX HÔPITAUX DE NANCY (1914-1915)

ET DE PARIS (HOSPICE DE BICÊTRE) : 1915-1917

Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, — PARIS (VI^e A^t)

1917

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. G.-H. ROGER.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL.
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS.
Histologie.	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	Auguste BROCA.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène.	N.
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	N.
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
	{ DEBOVE
Clinique médicale.	{ LANDOUZY
	{ GILBERT
	{ CHAUFFARD
Maladies des enfants.	{ HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	{ N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{ GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	{
	{ PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale.	{ QUENU
	{ HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ RIBEMONT-DES-
	{ SAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	A. ROBIN
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance.	MARFAN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBoullet	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LERI.	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LOEPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET ANDRÉ	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBE HENRI	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVAS	MULON	SCHWARTZ
CHAMPY	TINE.	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
DESMAREST	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
GOUGEROT	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GREGOIRE	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
	LEQUEUX	REITERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE AFFECTIONNÉ,

En hommage de ma profonde reconnaissance.

A MES PARENTS.

A MON CAMARADE D'ÉTUDES G. Z.

A MES EXCELLENTE COLLÈGUES DE BICÊTRE,

*Qui m'ont été incomparablement bonnes au bours
de la période la plus dure de ma vie, en cette
année 1917.*

*En gage de ma profonde reconnaissance et en
souvenir de mon inaltérable amitié.*

A LA MÉMOIRE DE MADAME LE DOCTEUR JAKOBSON.

A TOUS CEUX, MAÎTRES ET AMIS,

Qui ont contribué à mes études.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR S. POZZI,

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté
Chirurgien à l'hôpital Broca
Grand-Officier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DELBET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIDAL.

MONSIEUR LE PROFESSEUR VAUTRIN.

MONSIEUR LE PROFESSEUR HERGOTT.

MONSIEUR LE DOCTEUR LENOIR.

MONSIEUR LE DOCTEUR ROUTIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR BOURCY (*in memoriam*).

PRÉLIMINAIRES

L'Estomac biloculaire n'est entré dans le domaine de la Chirurgie que depuis un petit nombre d'années.

Simple trouvaille d'autopsie, il y a peu de temps encore, elle devint une trouvaille de Laparotomie, quand l'intervention chirurgicale s'est portée d'une façon plus active vers l'estomac ; mais elle ne fut ni connue, ni même soupçonnée cliniquement jusqu'au jour où, grâce à la radioscopie et à la radiographie, on arriva à diagnostiquer la biloculation gastrique.

Le traitement de l'estomac binoculaire a été abordé, en France, à la société de chirurgie en 1907 à l'occasion d'un rapport de M. Tuffier sur une observation de M. Jeanne (de Rouen). La même année M. Hartmann faisait aussi un rapport sur une observation de M. Tesson.

En 1908, M. Veyrassat (de Genève) faisait dans la Revue de Chirurgie, une monographie sur l'estomac biloculaire contenant une étude sérieuse sur les indications opératoires de chacun des nombreux procédés employés par les différents auteurs.

La monographie de MM. Lion et Nathan parue dans les Archives des maladies du tube digestif n'abordent pas le sujet de l'indication opératoire.

Ce sujet n'est pas abordé; non plus, à la Société de Chirurgie de 1910 à 1914, années pendant lesquelles de nombreuses observations y sont publiées.

Cependant en 1914, un débat s'engage, au sujet des indications thérapeutiques à la suite d'une communication de M. Pierre Duval, sur quatre cas traités par lui, 3 fois par la gastrogastrostomie, 1 fois par la résection annulaire. M. Pierre Duval appelle l'attention sur le danger de la résection gastrique, et sur les avantages de la gastro-gastrostomie, trop abandonnée à son avis.

Après M. Pierre Duval, M. le professeur Pozzi a apporté à la société un cas de guérison de l'estomac biloculaire par la gastro-gastrostomie. Il possède un second cas de guérison par le même traitement, dont l'observation sera publiée ultérieurement.

Nous avons relevé les cas d'estomac biloculaire publiés depuis 1910, les cas antérieurs ayant été relevés dans les statistiques de M. Veyrassat d'une part, de MM. Lion et Nathan d'autre part. De l'étude de tous les cas publiés, il ressort que la résection annulaire, traitement idéal tant immédiatement que pour l'avenir est loin d'être une opération sans danger et ne met pas toujours à l'abri des récidives d'ulcères, que la gastro-gastrostomie peut rendre de grands services là où la résection étant indiquée, le malade ne serait pas en état de la supporter et qu'elle donne des résultats aussi favorables; enfin, que la gastro-entérostomie employée si fréquemment comme traitement palliatif et le plus souvent indiquée à cause des adhérences, de l'immobilité gastrique de la sténose pylorique concomitante et de l'état général de sujet.

Méthodes opératoires

On peut les diviser en trois groupes :

1° Les méthodes Palliatives : méthodes simples.

2° Les méthodes curatives —

3° Les méthodes combinées.

A. MÉTHODES PALLIATIVES

Elles consistent à créer une dérivation (gastro-gastrostomie, gastro-entérostomie), soit à lever l'obstacle : adhérences (gastrolyse) ou rétrécissement (gastroplastie.)

1° *Gastrolyse*. — La gastrolyse consiste à la libération pure et simple des adhérences.

« Opération du début de l'ère chirurgicale » (Veyrassat) elle n'a que des indications exceptionnelles et est une intervention beaucoup trop incomplète pour que nous nous y arrêtions.

2° *Gastroplastie*. — Dans la gastroplastie, on incise le rétrécissement parallèlement aux courbures puis on suture les lèvres de la plaie suivant un axe perpendiculaire à celui de la section, de façon à augmenter le calibre de la région sténosée. C'est l'application à la sténose médio-gastrique de la pyloroplastie de Heinecke-Mikulicz.

3° *Gastro-Gastrostomie*. (opération de Wolfler). — Elle consiste à pratiquer au point déclive des deux poches deux incisions symétriques d'égale longueur, de 6 centimètres au moins et à réunir par la suture les deux brèches ainsi formées.

Elle se fait suivant deux techniques :

a) Procédé de Wolfler. (1895)

1° Incision médiane sus-ombilicale.

2° Exploration de l'Estomac.

3^e Incisions ovales de 6 à 7 centimètres des deux poches.

4^e Anastomose : fixation par la suture des deux séreuses en arrière des incisions. Suture des bords muqueux en commençant par les bords postérieurs et en continuant la suture jusqu'au bord antérieur. Suture séro-séreuse sur les bords antérieurs. Il est bon en général de pratiquer une seconde suture séro-séreuse en avant.

b) Procédé de Watson (1900). Watson rabat la poche pylorique sur la cardiaque et réunit ses sutures amenées au contact par une double rangée de sutures circonscrivant une surface elliptique. Sur cette portion pylorique retournée, on fait une incision qui permet au chirurgien de mettre à jour les portions de l'estomac adossées l'une à l'autre et d'établir entre elles une communication large. Les bords de cette incision qui met les deux poches en communication sont ourlés de manière à ce qu'en cicatrisant ils ne peuvent pas se réunir. L'ouverture pylorique est alors refermée.

4^e *Gastro-entérostomie*. — C'est l'opération la plus souvent employée. Nous ne rappellerons pas ici sa technique analogue à celle de la gastro-gastrostomie, mais seulement quelques points spéciaux à la technique dans le cas d'estomac biloculaire.

Elle peut-être simple, c'est à dire faite sur une seule poche ou double.

La Gastro-entérostomie simple *doit être* faite sur la poche cardiaque, c'est là une règle absolue. Il convient en effet de supprimer la sténose médiogastrique c'est-à-dire de vider la poche en amont du rétrécissement c'est à dire la poche cardiaque.

Il convient de bien examiner l'estomac lors de l'intervention : la poche pylorique peut être énorme, la cardiaque toute

petite, cachée sous les fausses côtes et fixées par des adhérences.

L'abouchement sur la poche pylorique est une faute grave, presque toujours mortelle.

La gastro-entérostomie a été appliquée dans toutes ses modalités : gastro-entérostomie postérieure de von Hacker, antérieure de Wolfler, en Y de Roux, gastro-entérostomie double (en cas de sténose concomitante du pylore) par les procédés de Tuffier, Clément de Montprofit.

B. MÉTHODES CURATIVES

1^o *Résection partielle* (Excision de la cicatrice). — Cette méthode consiste à enlever tout simplement la cicatrice et à rétablir la continuité de l'estomac en suturant les deux poches au niveau de la brèche formée par la résection de la partie cicatricielle.

C'est presque une gastro-anastomose avec cette différence qu'on enlève la cicatrice-sténosante.

2^o *Résection Annulaire Médiogastrique*. — Enlever toute la tranche gastrique où se trouve l'obstacle et redonner à l'estomac une forme et un calibre normaux, tel est le but qu'on s'est proposé d'atteindre par la résection annulaire médiogastrique. Cette intervention appliquée à l'estomac biloculaire consiste donc dans l'ablation de tout le segment intermédiaire sténosé et dans la réunions des deux poches gastriques : cardiaque et pylorique. L'exérèse porte sur tout le pourtour de l'organe sans intéresser les orifices.

Technique habituelle (d'après Leriche) ;

1^o Ligature de la cornaire stomachique, de la pylorique, et des deux gastro-épiploïques en des points qui sont imposés.

par le lieu marqué pour les sections futures.

2° Pose de 4 grandes pinces en pleine zone saine à 2, ou 4 centimètres (suivant la malignité de la lésion sténosante) de chaque côté du point où les tissus ont repris leur aspect normal.

3° Section aux ciseaux et ablation en vase clos de la tranche gastrique sur une litière de compresses garnissant l'arrière cavité des Épiploons.

4° Rétablissement de la continuité gastrique, temps difficile relevant de deux facteurs : le peu de mobilité des deux tranches postérieurs qu'il faut adosser cependant largement au début même de la suture et ensuite l'inégal calibre habituel des deux manchettes.

On peut remédier à ces deux inconvénients :

a] Au peu de mobilité de moignon pylorique par le décollement du méso-duodeno pancréas.

b] Au calibre inégal par divers procédés :

α) Suture en raquette, peu sûre, consistant à retrécir par un fil en bourse la manchette la plus grande.

β) Procédé de Hartmann résequant une partie de la plus grande tranche gastrique.

γ) Procédé de Rutherford-Morison, anastomosant le moignon cardiaque à une ouverture de même dimension faite à la face antérieure de la portion pylorique.

δ) Anastomose latérale.

3°/ *Pyloro-Gastrectomie* — Cette opération consiste à enlever d'un seul coup la sténose médiogastrique avec toute la poche pylorique, y compris le pylore.

Elle comprend les temps suivants :

a/. Incision de la paroi.

b/. Exploration de l'estomac.

c]. Ligature des artères coronaires stomachiques, et gastrotro-epiploïque.

d]. Section de l'Estomac au-dessus de la sténose, sur la poche cardiaque et fermeture du moignon cardiaque en deux plans.

e]. Ligature du tronc gastro-duodénal et de la pylorique.

f]. Section du duodénum au ras du pylore s'il n'y a pas de néoplasme.

g]. Rétablissement de la continuité de la poche cardiaque soit par le procédé de Kocher, soit par le Billroth n° 1, soit par le Billroth n° 2, ce dernier restant le procédé de choix.

C. MÉTHODES COMBINÉES

Elles s'adressent aux cas complexes et consistent dans l'emploi simultané de deux ou trois opérations ; c'est ainsi qu'on a fait les combinaisons suivantes :

1° Établissement de deux gastro-entérostomies [une sur chaque poche] par un des deux procédés de Clément [Gastro-entérostomie en Y double antérieur] ou de Monprofit [Gastro-entérostomie en Y double par implantation directe].

2° Gastro-anastomose ou gastroplastie avec gastro-entérostomie au niveau de la poche pylorique.

3° Même intervention avec en plus une jéjuno-jéjunostomie nécessitée par un rétrécissement duodénal [Pauchet, voir l'observation XXIII].

4° Double résection pylorique et mediogastrique [Lambotte].

5° Gastroplastie avec pyloroplastie-[Durante].

6° Gastro-entérostomie, pylorectomie, résection partielle de l'estomac [Imredy-Lumniczer].

Parallèle des différentes méthodes

OBSERVATIONS

Nous allons comparer ces méthodes au point de vue des avantages immédiats opératoires, des avantages fonctionnels, de leurs inconvénients et de leurs résultats.

Les chiffres que nous citons sont ceux des excellentes monographies de M. Veyrassat (1), de MM. G. Lion et Nathan (2) parus respectivement en 1908 et 1909, auxquels nous avons ajoutés les cas publiés depuis cette époque. Enfin on y trouvera quelques observations inédites.

I. — Gastrolyse

Elle a été employée deux fois par Mitchell (3) les deux malades revus l'un six mois, l'autre un an après

(1) Veyrassat. — L'estomac biloculaire. *Rev. de Chir.* 1910, p. 269, 403, 761.

(2) G. Lion et Nathan. — L'estomac biloculaire. *Archives des maladies de l'appareil digestif.* 1909, p. 597, 673, 728.

(3) In Lion et Nathan, loc. cit.

étaient en excellente santé. Watson, dans un cas, pratiqua une gastrololyse et la suture d'un ulcère perforé; l'existence de la biloculation passa inaperçue.

Dans le cas suivant, M. le Dr Rieffel a eu occasion de faire la libération pure et simple d'adhérences bridant l'estomac.

OBSERVATION I. (Inédite.) RIEFFEL.

Estomac biloculaire par bride péritonéale.

Gastrololyse. — Guérison.

Mme B..., 36 ans, entrée le 17 juin 1913, opérée le 23 juin 1913. (N° 3270 du registre d'opérations.)

Estomac biloculaire laissant encore passer les aliments liquides.

La bilocularité paraît due à l'adhérence gastro-pariétale très forte du volume de l'index qui de la face antérieure et moyenne de l'estomac se porte sur la paroi abdominale à gauche de la ligne médiane.

On libère ce cordon auquel on laisse adérent le péritoine pariétal qu'on enfoui par un surjet séro-séreux et une greffe épiploïque.

La malade sort très améliorée le 11 juillet 1917.

II. — Gastroplastie

La gastropластиe rejetée par Veyrassat, Guillemot, ne semble pas, malgré les belles statistiques de Mayo Robson une excellente opération.

Elle n'a que le seul avantage d'être simple lorsque les *tissus ne sont pas trop enflammés* et que la *cicatrice est petite et mobile* ; mais ces conditions sont exceptionnelles. Le plus souvent les sutures ne tiennent pas ou tirent trop, la réunion se fait mal, la sereuse (le plus souvent malade) ne fait plus d'adhérences et ne protège plus la suture — d'où la fréquence des récidives et complications post-opératoires — de là son abandon par la plus grande partie des chirurgiens.

Les statistiques relevées par Veyrassat, par Lion et Nathan, portent sur 48 cas de gastroplastie ayant donné les résultats suivants :

Total des gastroplasties.....	48
Guérison.....	36 soit 75 o/o
Insuccès.....	7 soit 14.6 o/o
Mort.....	5 soit 10.4 o/o

Depuis 1909, nous avons relevé trois cas : 1 de M. Bourcat (obs. II) avec 1 guérison ; 1 de M. Quénu (1) avec 1 guérison ; 1 de M. Hartmann (2) avec un insuccès nécessitant 3 mois plus tard une gastro-antérostomie portant les cas à 51 avec 72,9 o/o de guérisons, 15,7 o/o d'insuccès, 9,8 o/o de mort.

Il ne faut pourtant pas accorder à la gastroplastrie plus de succès qu'elle n'en a, à son actif ; la statistique de Mayo Robson par exemple (10 guérisons sur 11 cas) ne parle que de résultats immédiats ; celle de Monprofit, à elle seule, comporte 7 récidives, 2 morts.

(1) Quénu. Bull et Mem. Soc. de Chir. 1914 p. 834.

(2) Hartmann. Sull et Mem. Soc. de Chir. 1914, p. 826.

D'ailleurs Mayo Robson, Montprofit, Moynihan ont peu à peu abandonné cette opération.

« La gastroplastie ne tardera pas à être une intervention historique, à raison de l'extrême rareté de ses indications ». (Veyrassat).

Nous donnons ici l'observation de M. Bourcart qui, dans de conditions toutes spéciales put se contenter de faire une gastroplastie, mais une telle observation est exceptionnelle.

OBSERVATION II (Résumée) BOURCART (I)

*Estomac biloculaire avec torsion de la poche musculaire. (Ulcère).
— Gastroplastie. — Guérison.*

Il s'agit d'une femme de 52 ans, avec un passé stomacal datant de 16 ans : crises douloureuses violentes attribuées à un ulcère gastrique ; digestions pénibles, constipation suivie de diarrhée au bout de quelques jours ; ni hémathémèse, ni melaena.

L'examen radio scopique montre qu'il s'agit d'une biloculation gastrique, médioculaire. Le bismuth passe de la poche supérieure dans l'inférieure par un canal latéral.

Pas de sténose pylorique.

Opération. — A l'ouverture du ventre, on constate la situation suivante :

L'estomac ne présente pas d'adhérences trop solides à la paroi abdominale, ce sont quelques brides lâches, facilement

(I) M. BOURCART (de Genève). Estomac biloculaire avec torsion de la poche musculaire. *Revue de Chirurgie* 1913, p. 800.

détachées aux ciseaux ; par contre l'organe est attiré vers le haut, adhérent à la vésicule biliaire et au petit épiploon.

L'artère coronaire chemine de droite à gauche horizontalement, et en avant, le colon transverse est adhérent au-dessous de la grande courbure ; de la paroi postérieure de l'estomac, de grandes brides, minces, allongées pénètrent sous le colon transverse dans la profondeur de la cavité abdominale.

Je passe près d'une heure à dégager toutes ces adhérences, mais sans provoquer aucune hémorragie, toutes ces brides sont fibreuses.

L'organe étant bien libéré, on constate après l'avoir basculé vers le bas, au niveau du tiers supérieur de la petite courbure un rétrécissement très marqué divisant l'estomac en deux poches : une poche supérieure cardiaque du volume d'une poire ordinaire s'allongeant vers l'œsophage et une poche inférieure pylorique d'une contenance d'un litre environ.

Au niveau de ce rétrécissement on remarque une petite cicatrice à cheval sur le rebord stomacal, cicatrice due à la guérison d'un ancien ulcère, celle-ci débordé sur chaque face de deux centimètres environ, elle est souple et libre d'adhérences et n'étrangle pas l'estomac en collet, mais en demi-cercle.

La partie inférieure du rétrécissement est normale et souple.

La zone de torsion, sorte de canal, ne paraissant pas à l'ouverture du ventre aussi longue, à l'ouverture du ventre, que sur les radiographies. La ptose des viscères entraînait évidemment les organes vers le bas et allongeait le canal de communication.

La poche inférieure paraissait située presque dans le bassin, le bismuth exprimé hors de l'ampoule supérieure, par les contractions rythmiques, cheminant le long de l'espace ménagé par la torsion comme dans un canal, la grande courbure adhérente à la vésicule biliaire étant relevée vers le haut.

La malade étant très-faible, la partie étranglée de l'estomac paraissant suffisamment large après la detorsion, la cicatrice de

l'ulcère ne présentant aucune dégénérescence, je me décidai pour une *gastroplastie* par une méthode genre Heinecke-Miculicz.

Les suites opératoires furent bonnes, la malade étant cependant assez faible après l'intervention.

Au bout de 3 semaines; on constate que l'estomac fonctionne normalement (Radiographie). La malade quitte la clinique après la 5^e semaine, en bon état et ayant engraisé.

III. — Gastro-gastrostomie

Elle a pour elle d'être une opération simple, d'exécution facile à la condition toutefois qu'il n'y ait pas d'adhérences postérieures des poches ou du rétrécissement.

La gastro-anastomose rétablit la continuité de l'estomac à son point déclive, c'est là son principal mérite, mais il faut la faire large, assez loin de la sténose, là où la paroi antérieure des poches est large et mobile.

Pour Veyrassat, après gastro-gastrostomie la digestion reste souvent douloureuse, toujours laborieuse; la gastro-anastomose est parfaitement inutile pour peu qu'il existe un spasme, ou une sténose de pylore (cas auquel on ne doit faire une gastro-entérostomie sur la poche pylorique). Cet auteur a relevé 22 cas de gastro-anastomose avec 15 guérisons 3 insuccès, 4 morts. Les résultats éloignés sont inconnus sauf pour 2 cas : (cas de Schwartz où la guérison ne fut obtenue qu'après une 2^e intervention ; cas de Chaput où la guérison ne se maintient pas).

A ces cas nous ajouterons les deux de P. Duval (observations III et IV) et les deux de Pozzi (obs, V.)

M. Pierre Duval pense que la gastro-gastrostomie est injustement abandonnée ; qu'elle est indiquée quand les deux poches sont de volume égal, ou lorsque la poche pylorique est plus grande que la cardiaque. Les résultats durables qu'il a obtenus, vérifiés par la radiographie, ainsi que ceux obtenus par M. Pozzi, montrent qu'il n'y a pas lieu de rejeter cette opération qui au total, sur 26 cas où elle a été pratiquée a donné : 19 guérisons, soit 73,4 o/o ; 3 succès, soit 11,5 o/o ; 4 morts, soit 15,1 o/o.

Pour Lafourcade (1) la gastro-gastrostomie est l'opération de choix pour les cas simples où le repérage de la biloculation et des poches pylorique et cardiaque est aisé.

OBSERVATION III (P. DUVAL) (2)

Sténose medio-gastrique — Gastro-gastrostomie — Guérison

Mlle P..., 43 ans. (Malade adressée par le docteur J.-Ch. Roux.)

Passé gastrique datant de 15 ans. Opération : 16 mai 1914 : sténose medio-gastrique, large d'environ 6 centimètres. La po-

(1) Lafourcade (de Bayonne). — *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie*, 1914, p. 797.

(2) P. Duval. Loc. cit. Observation II.

che pylorique est grande et dilatée. La poche supérieure haut située est presque entièrement cachée sous le thorax.

Adhérences postérieures de la sténose au pancréas, Adhérences au lobe gauche du foie. Le grand épiploon relevé est adhérent sur toute la hauteur de la sténose jusqu'au lobe gauche du foie.

Gastro-gastrostomie rendue difficile par la fixité relative de la poche cardiaque. On fait une anastomose large béante, en avant de la sténose, sur toute la hauteur de l'estomac. Guérison régulière.

Radiographie : Avant l'intervention, 2 h. 12 après l'injection de bismuth, le liquide commence à pénétrer de la poche pylorique. Après l'intervention : le passage est immédiat, et se fait par un canal dont la largeur est de près de 4 centimètres.

OBSERVATION IV. (P. DUVAL)

Sténose médiogastrique (ulcère ancien). -- Gastro-gastrostomie, Guérison régulière

Madame X., 45 ans (malade adressée par le Dr Cautru).

Passé gastrique datant de 20 ans.

Opération : le 27 mai 1914. Sténose médio-gastrique. Infiltration cicatricielle de toute la petite courbure jusqu'au cardia. Adhérences postérieures. Adhérences au lobe gauche du foie.

Poches gastriques égales.

Gastro-gastrostomie large en avant de la sténose. Guérison régulière.

La radiographie, faite après l'opération, montre que le passage est immédiat, et se fait par un canal dont la largeur est de près de 4 centimètres.

OBSERVATION V (S. Pozzi) (Résumée.)

*Estomac biloculaire (Ulcère ancien.) — Gastro-Gastrosomie. —
Guérison*

Mme T... 36 ans, concierge.

Malade atteinte d'un estomac biloculaire consécutif à un vieil ulcère gastrique, diagnostic clinique vérifiée par l'examen radiographique pratiqué par le Dr Desternes.

Pas de sténose pylorique.

Opération. — La malade a été opérée par M. le professeur Pozzi, le 7 juin 1914.

Incision descendant jusqu'à l'ombilic. La face antérieure de l'estomac, qui descend très bas, présente en son milieu une cicatrice presque verticale de 4 centimètres environ retractée, formant une dépression ombiliquée au fond de laquelle adhère une bride épiploïque ; la bride est divisée entre deux ligatures. L'estomac ne présente pas à l'intérieur d'étranglement mais seulement une dépression.

La palpation fait sentir au niveau de la cicatrice une enduration de volume d'une noix verte qui fait penser à un fort épaissement calleux au niveau d'un ancien ulcère cicatrisé.

Les vaisseaux de l'estomac ne sont pas dilatés, aucun ganglion n'est perceptible au niveau de la grande ou de la petite courbure. La région pylorique est soigneusement explorée et trouvée normale.

Les deux segments de l'estomac au-dessus et au-dessous de la cicatrice, séparés par la cloison interne que forme cette cicatrice, sont, ainsi que l'avait déjà montré la radiographie, de dimensions sensiblement égales, (l'inférieur cependant paraît

un peu plus petit). La paroi antérieure très souple peut se plisser facilement. Après avoir agité la question de la résection, de la gastro-entérostomie ou de la gastro-gastrostomie, on pratique cette dernière la plus près possible de la cicatrice, on fait un orifice large admettant deux doigts environ.

Les suites opératoires ont été d'une extrême simplicité. Ce n'est qu'au bout de 4 jours qu'on a commencé à donner un peu de lait. On avait administré jusque-là des lavements alimentaires, le goutte à goutte rectal de Murphy, et des injections de sérum.

La malade a été portée au jardin, convalescente, le 20 juin. Elle s'alimente progressivement, aucune douleur, aucun trouble gastrique. Actuellement, un mois à peine après l'opération, elle est complètement guérie. Cette femme qui, depuis plusieurs mois, ne mangeait plus « de peur de souffrir et de vomir » suivant son expression, « avalerait des cailloux » actuellement. A sa première pesée, huit jours après l'opération, elle pesait 40 kilogrammes ; elle pèse aujourd'hui 45 kil. 500. Elle se déclare « transformée ».

La Radiographie faite un mois après l'intervention, à jeun, après ingestion de 400 grammes de liquide contenant 100 grammes d'oxyde de bismuth, montre que la poche à air est très petite, à peine visible. La cavité stomacale, désormais unique, se laisse dilater normalement.

Elle descend verticalement, mais reste haut située, le fond de la poche étant à quatre travers de doigt environ, au-dessus de l'ombilic. L'estomac paraît se contracter normalement ; au bout d'une minute et demie environ le lait bismuthé avait franchi le pylore. C'est à ce moment précis qu'une radiographie est faite. (Elle montre la poche stomacale en pleine contraction). Quelques instants après on constate que l'estomac continue à s'évacuer normalement (note remise par le docteur Baudou) (1).

Cette malade a été revue par M. le professeur Pozzi ; elle a augmentée de poids et accouché d'un bébé.

IV. — Gastro-entérostomie simple

Si la gastro-entérostomie rallie à l'heure actuelle la plupart des suffrages, cette faveur se justifie pour plusieurs raisons :

a) C'est une opération simple, bien réglée, et surtout rapide.

b) C'est une opération relativement bénigne (3 o/o de mortalité d'après Kocher).

c) Elle peut être utilisée sur des estomacs adhérents, car même s'il a symphyse de la paroi postérieure, on pourra toujours placer une bouche anastomotique ou un bouton de Murphy ou de Jaboulay sur la paroi antérieure.

d) Elle peut être faite sur des estomacs haut situés.

e) Elle a cette supériorité sur la gastro-gastrostomie sur la gastroplastie de pouvoir être faite même en cas de sténose pylorique. Elle trouvera la principale indication puisqu'elle aspirera une dérivation un drainage suffisant de la cavité gastrique. Ce drainage a pour effet indirect de laisser au repos les ulcères qui peuvent être en activité, et d'avoir sur eux une action bienfaisante.

(1) M. le professeur Pozzi a eu l'occasion de pratiquer une seconde gastro-gastrostomie suivie de guérison, dont l'observation n'a pas encore été publiée (voir : J. Pozzi. Notice sur les titres et travaux scientifiques (supplément) 1917, page 10, note 1).

La gastro-entérostomie doit se pratiquer ou sur la poche cardiaque, ou sur les deux poches, mais jamais sur la poche pylorique seule. Les 6 cas, où, par erreur, la gastro-entérostomie fut pratiquée sur la poche pylorique, furent suivis de mort (cas de Nicolaysen, Hartmann, Bier, Martin Pollard, Childe, Lindner), (1).

La gastro-entérostomie effectuée sur une seule poche a laissé persister bien souvent des troubles digestifs qui ont dû être traités par une deuxième anastomose pratiquée sur la poche pylorique.

Autre critique : la gastro-entérostomie ne supprime pas l'obstacle, elle ne fait que le tourner de sorte que malgré tout, elle laissera subsister une cicatrice rétractile sténosante dont la présence compromettra toujours le fonctionnement moteur de l'estomac. Elle laisse aussi subsister souvent l'ulcère et s'il a semblé qu'elle eût parfois une action curatrice, on ne peut nier qu'elle n'a pas toujours empêché les complications graves de l'ulcère, telles que perforations hémorragies internes, la dégénérescence osséuse.

Résultats immédiats :

Nous avons rassemblé 102 cas ainsi composés :

82 cas cités par Lion et Nathan (2) et Veyrassat.

1 cas de Mauclaire (Observ. IV).

2 — Hartmann (3).

1 — Lagoulte (Observ. XIV).'

(1) Cité par Lion et Nathan. — loc. cit.

(2) Lion et Nathan. — Veyrassat, loc. cit.

(3) Hartmann. — Bull. et Mém. soc. de chir., 1914, p. 826.

- 1 — Routier (Observ. XII).
- 1 — Malartic (Observ. XIII).
- 1 — Quénu (1).
- 4 — Rieffel (Observ. VIII, IX, X, XI).
- 1 — Walther (Observ. VII).
- 8 — Lafourcade (2).

Et donnant : 83 cas de guérison, soit 81,1 o/o.

2 insuccès, soit 1,9 o/o.

8 morts, soit 7,7 o/o.

6 morts (à la suite d'anastomose sur
la poche pylorique).

Depuis 1910 on a pratiqué :

9 fois le procédé de von Hacker, c'est-à-dire la gastro-entérostomie postérieure transmisocolique.

9 fois la gastro-antérostomie antérieure.

1 fois la gastro-entérostomie en Y.

1 fois la gastro-entérostomie double.

Résultats éloignés.

Les malades opérés qui ont pu être suivis montrent en général, sinon toujours, une guérison absolue ou une amélioration notable. Augmentation de poids, reprise de l'embonpoint, reprise de l'état général.

Les récives sont peu fréquentes : Les 58 guérisons opératoires relevées par Veyrassat n'ont donné :

Qu'un insuccès (Montprofit).

Dans deux cas une réapparition des symptômes né-

(1) Quénu. — Bull. et Mém. soc. de chir., 1914, p. 834.

(2) Lafourcade. — Bull. et Mém. soc. de chir., 1914, p. 797.

cessitant une seconde anastomose de l'intestin avec la poche pylorique, après laquelle la guérison fut définitive.

Nous donnons, ci-après, les observations publiées depuis 1910 :

1 OBSERVATION VI (MAUCLAIRE) (1)

Estomac en sablier (Ulcère ancien) Gastro-entérostomie sur la poche cardiaque. — Guérison.

Voici un malade, âgé de 60 ans qui depuis 4 ans présente tous les signes d'un rétrécissement cicatriciel du pylore ayant provoqué une distension très grande de l'estomac.

C'est il y a 20 ans que ce malade a présenté les symptômes d'une ulcère de l'estomac (vomissements, hématemèses.)

Le 18 octobre 1910, j'ai fait la Laparotomie. J'ai trouvé un estomac rétréci sous forme d'un anneau cicatriciel siégeant à l'union des 3/5 supérieurs avec les 2/5 inférieurs. Il y avait donc deux parties gastriques, une supérieure un peu plus grande que l'inférieure, Le doigt ne pouvait passer par invagination dans le canal annulaire cicatriciel. J'ai fait une *large gastro-entérostomie postérieure* avec ouverture très large sur l'estomac et sur le jéjunum.

Les suites opératoires ont été régulières, le malade aujourd'hui, digère très normalement.

OBSERVATION VII (WALTHER) (Résumée) (2)

Estomac biloculaire : sténose médio-gastrique par ulcère cicatrisé, avec adhérences. — Gastro-entérostomie postérieure sur la poche supérieure. — Guérison.

La malade que j'ai observée, qui a un passé gastrique fort

(1) Mauclore Bull. et Mém. Soc. Chir. 1910, p. 1178.

(2) Walther Bull. et Mém. Soc. de Chir. 1914 p. 827.

chargé en troubles gastro-intestinaux, présentait, depuis 3 ans environ des signes d'ulcère de l'estomac ; elle avait eu déjà autrefois à plusieurs reprises des manifestations analogues. Je la vis il y a deux ans (1912). Une radioscopie faite par M. le Dr Barret montrait une sténose médio-gastrique très accentuée déjà.

Je conseillai ainsi que M. Roux, qui depuis longtemps avait été consulté à plusieurs reprises par la malade, une opération à laquelle elle ne pût se décider. Elle retourna en province où mon ancien interne, M. Beauchant, continua de la soigner.

Cette année l'état s'était notablement modifié ; l'amaigrissement était extrême, l'alimentation très difficile et depuis quelque temps, les douleurs gastriques qui n'avaient jamais cessé complètement étaient devenues intolérables.

La malade revint à Paris, un nouvel examen radioscopique pratiqué par M. Barret montrait que la sténose était beaucoup plus serrée et que la poche supérieure, très développée, retenait le liquide qui passait très lentement dans la poche inférieure.

Opération : J'opérai cette malade il y a près d'un mois, le 30 mai par incision transversale épigastrique.

Malgré l'état d'affaiblissement très grand, de la véritable cachexie qui résultait d'une longue période d'inanition progressive et cela chez une femme d'une soixantaine d'années, *je comptais* ; en raison de l'intensité des douleurs qui semblaient indiquer la persistance d'un ulcère encore floride, faire une résection et probablement une résection du pylore et d'une grande partie de la petite courbure, plutôt qu'une résection transversale.

Or je n'ai même pas fait une gastro-gastrostomie. Je me suis contenté de faire une *très large gastro-entérostomie verticale sur la poche supérieure* et cela pour les raisons suivantes :

a) La sténose médio-gastrique était bien due à un ulcère de

la petite courbure, mais cet *ulcère très vieux, très calleux, était soudé en arrière par des adhérences si intimes scléreuses, que* la résection eût été assez laborieuse, et par suite, un peu longue.

b) De plus la malade était atteinte d'une scoliose datant de l'enfance et si accentuée que le bord inférieur du thorax descendait au-dessous du plan bi-iliaque et plongeait pour ainsi dire dans le bassin, disposition fort gênante et qui rendait difficile même, l'exploration de l'estomac et l'extériorisation des deux poches malgré le jour que donnait l'incision transversale de la paroi.

Dans ces conditions, je pensais que l'état général de la malade était une contre-indication à une opération qui eût forcément été longue et ce fut aussi l'avis de MM. J. Ch. Roux, Jalaquier et Beauchant qui assistaient à l'opération. La disposition des parties rendant très difficile la gastro-gastrostomie à cause même de la rétraction de l'estomac sous ce plan thoracique bas, je pratiquai comme je l'ai dit plus haut, une *très large gastro-entérostomie postérieure verticale* par le procédé de Ricard, avec la pince de Témoin.

Les résultats de l'opération furent immédiatement et restent jusqu'ici excellents. Les douleurs ont complètement disparu depuis le jour de l'opération. L'alimentation se fait très facilement.

L'ingestion des aliments ne provoque aucune sensation de gêne ni de pesanteur. La malade a engraisé et rapidement repris ses forces. marche bien sans fatigue.

L'examen radiologique pratiqué il y a trois jours par M. Barret, montre le bon fonctionnement de l'anastomose et, fait intéressant, la perméabilité large du rétrécissement médio-gastrique par disparition du spasme que provoquait l'ingestion des aliments; comme le montre la radiographie le passage du lait bismuthé se fait avec la même rapidité par les deux voies d'échappement :

La date récente de l'opération ne permet évidemment aucune appréciation du résultat thérapeutique définitif de l'opération, mais je pense que l'anastomose très large et verticale sera suffisante pour assurer régulièrement l'évacuation de l'estomac.

OBSERVATION VII (Inédite) RIEFFEL

Mme L... 50 ans (n° 3586 du registre des opérations).

Estomac biloculaire par perigastrite et péri-hépatite consécutive à un ulcère de la petite courbure.

Rétraction et adhérences unissant le bord tranchant du foie à la face antérieure de l'estomac.

On reconnaît alors nettement la biloculation qui disparaît du côté de la grande courbure après destruction d'adhérences, mais persiste sur la petite où existe un profond sillon cicatriciel au niveau même de l'ulcère. L'estomac est divisé en 2 poches : la poche cardiaque représentant à peu près le tiers de la poche pylorique.

Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique (von Hacker) sur la poche cardiaque.

La malade opérée le 27 novembre 1913 sort très améliorée le 14 décembre.

OBSERVATION IX (inédite) RIEFFEL.

Mme S... Henriette, 52 ans (n° 4.325).

Passé gastrique datant de 20 ans. Vomissements fréquents, douleurs continues, amaigrissement et asthénie *considérables*.

La radiographie montre qu'il s'agit d'un estomac biloculaire

par ulcère cicatrisé siégeant vers le milieu de la petite courbure.

Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique faite le 1 novembre 1914. Mort le 29 novembre par cachexie extrême.

OBSERVATION X (Inédite) RIEFFEL

Mme M... 35 ans (n° 5620).

Amenée à l'hôpital, dans un état de cachexie extrême pour des phénomènes de sténose gastrique déjà anciens qu'un récent examen radiographique a montré être le fait d'un estomac biloculaire.

Gastro-entérostomie par le procédé de von Hacker, presque sans anesthésie, tellement la malade est faible.

Opérée le 22 février 1917, la malade meurt le lendemain.

OBSERVATION XI (Inédite) RIEFFEL

Soldat M... Eugène, 28 ans.

Entré le 17 mai 1917 pour *sténose médioculaire de l'estomac* (diagnostic du Dr E. Parmentier.) *opération* : 19 mai 1917.

Gastro-enterostomie (von Hacker) sur la poche supérieure de l'estomac qui présente un rétrécissement à son tiers inférieur.

Opération très difficile à cause des adhérences de l'estomac fixé à l'hypocondre gauche par de fortes brides.

Les jours suivant l'intervention, se produisait de nouveaux vomissements continuels, abondants, noirâtres.

L'état général décline, le malade meurt le 24 mai 1917.

L'autopsie montre : une hernie diaphragmatique gauche à

travers un orifice long de 8 centimètres laissant passer trois doigts. L'estomac se trouve en presque totalité dans la cavité pleurale gauche et contient environ 1 litre de liquide noirâtre.

A côté de l'estomac, se trouve une anse du colon transverse, remplie de fécès. Cette anse se laisse réduire facilement dans l'abdomen, tandis que l'estomac est fort adhérent à la brèche diaphragmatique et ne se laisse pas abaisser.

L'entéro-anastomose se trouve juste au-dessous du diaphragme, à 5 centimètres du pylore. L'orifice est libre et laisse passer un doigt. Les fils ont tenu, mais autour et dans tout le haut du péritoine on trouve des masses fibrineuses purulentes.

L'estomac s'était donc engagé dans une brèche diaphragmatique (par blessure de guerre), adhérait à cette brèche, la poche cardiaque était donc sus-diaphragmatique, la bouche de gastrofut faite sur la poche pylorique.

OBSERVATION XII (résumée) ROUTIER

Estomac biloculaire (néoplasme). — Gastro-entéro-anastomose antérieure. — Guérison.

En décembre 1910, mon collègue Barth me passait une malade pour remédier par une opération, si possible, aux accidents gastriques qu'elle présentait.

La radiographie, pratiquée par M. le docteur Aubourg, montrait un estomac biloculaire.

Opération : Le 22 décembre, je pratiquai une laparatomie. L'estomac est, en effet, biloculaire du fait de la constriction qu'exerce une bande, dure, blanche, froncée qui descend trans-

versalement et perpendiculaire au grand axe de l'estomac de la petite courbure où elle est très épaisse à la grande courbure où elle se perd.

Ce qui nous frappe surtout, c'est que cette bande, épaisse, adhère au pancréas ; je la montre à mes assistants qui, comme moi, pensent à une coulée néoplasique.

Les deux poches stomacales ainsi formées sont à peu près de même dimensions ; l'inférieure est cependant plus volumineuse ; toutes deux contiennent des liquides et des gaz ; quand on comprime la partie supérieure, on sent qu'on ne le vide pas ou qu'on la vide très difficilement.

Au contraire, une pression très modérée de la poche inférieure fait aisément passer son contenu par le pylore dans le duodénum.

J'estime donc que le plus grand service que je puisse opératoirement rendre à cette malade, c'est de l'aider à évacuer sa poche supérieure par une gastro-entéro-anastomose.

Je me suis décidé à cette opération, après avoir un instant songé à pratiquer une gastro-gastrostomie ; l'existence du néoplasme, qui serait trop près de la suture, m'en a détourné.

J'ai donc pratiqué une gastro-entérostomie antérieure au fil de lin

Les suites ont été des plus simples.

Je note que le 7 Janvier, elle a vomi une fois à propos d'un lavement qu'on venait de lui administrer.

Depuis elle se porte à merveille. digère aisément et ne se prive même pas de crudités.

M. Aubourg a refait les radiographies de mon opérée ; c'est en son nom que je les présente :

Tout d'abord, la radiographie du 18 novembre 1910, c'est-à-dire avant l'opération, on voit très bien les deux poches que forme l'estomac, séparées par une sorte de canal rétrécie. Puis la radiographie du 14 février 1911 : on voit toujours les deux poches gastriques séparées par le canal du sténose ; la poche supérieure

contient de l'air qui refoule le diaphragme plus haut à gauche qu'à droite.

Cette poche se vide dans les deux anses de la gastro-entero-anastomose, en huit minutes, et ceci est un fait sur lequel M. Aubourg attire spécialement l'attention car c'est la première fois qu'il l'observe.

La poche inférieure fonctionne comme un estomac normal, avec des contractions normales comme nombre et intensité et se vide par le pylore dans le bulbe duodénal.

Quoiqu'il en soit, la malade se porte à merveille, digère parfaitement, et a repris 5 kilogrammes de son poids.

OBSERVATION XIII (MALARTIC)

Estomac biloculaire et sténose pylorique (congénitale ?) — Gastro-Entérostomie antérieure

Le 30 janvier 1914, je suis appelé à examiner M^{me} M..., de Toulon, âgée de quarante-huit ans. Le début des accidents actuels remonte à quatre ans environ.

Le Dr Barrois a radioscopé l'estomac et a vu le bismuth tapisser aisément deux poches gastriques en sablier, sans aucun passage dans l'intestin.

L'amaigrissement est extrême; la malade ne pèse que 37 kilogrammes. Elle est tout à fait à bout de forces et elle se décide à entrer à la maison de santé, le 1^{er} février.

Elle est opérée, le 2 février.

On donne quelques bouffées d'éther pour l'incision de la pa-

H. Malartie (de Toulon). — Estomac biloculaire et sténose pylorique. Rapport de Eugène Rochard. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1914, p. 974.

roi. Tout le reste de l'intervention se passe sans anesthésie, sur une malade inerte.

Les deux poches gastriques sont à peu près égales. Elles sont parfaitement mobiles et se laissent attirer hors du ventre. Elles communiquent par un conduit du volume de l'intestin grêle, mesurant environ 6 centimètres de longueur, qui ne présente à la palpation aucune trace d'inflammation ancienne, de cicatrice ou de sténose.

Au pylore, au contraire, existe un noyau fibreux de consistance très dure. L'oblitération paraît être complète.

On fait, au plus vite, une gastro-antérostomie antérieure sur la poche pylorique. Sérum. Huile camphrée.

Les suites opératoires sont très simples, sauf le 3^e jour, où apparaissent des vomissements, arrêtés par un lavage d'estomac.

La reprise progressive de l'alimentation se fait sans aucune difficulté.

Sortie le 21 février.

Actuellement, la malade mange de tout sans inconvénient, et sans douleur. Il n'y a plus eu de vomissements. Pendant le premier mois, il y eu chaque matin deux ou trois selles demi-liquides.

Actuellement, une selle quotidienne normale. Le poids augmente régulièrement et, le 1^{er} mai, la malade a repris 5 kilogrammes.

La radiographie, prise trois quarts d'heure après l'ingestion bismuthée, donnait à la communication intergastrique un aspect irrégulier, qui devait être l'effet des contractions péristaltiques : car, au moment de l'opération, le conduit s'est présenté, hors du ventre, avec un aspect régulier et cylindrique, ce qui, joint à sa souplesse à la palpation, a fait abandonner immédiatement toute idée d'intervention médio-gastrique.

OBSERVATION XIV (Résumée) LAGOUTTE

Estomac biloculaire. Gastro-entérostomie en Y sur la poche cardiaque. — Guérison

Obs. Cl. Marie, âgée de 50 ans, entre à l'Hôtel-Dieu du Creusot, le 2 juin 1910. Rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents, sinon son long passé pathologique gastrique. Depuis vingt-six ans, en effet, cette malade souffre de l'estomac, sans que pourtant elle puisse signaler à aucun moment des crises aiguës. Jamais en particulier elle n'a eu d'hématémèse.

Les signes cliniques permettaient déjà d'avouer la présomption d'estomac biloculaire. Mais l'examen radioscopique après, soit ingestion de bouillie bismuthée, soit insufflation, soit les deux ensemble, a donné la certitude du diagnostic.

Intervention le 5 juin.

On trouve une poche cardiaque grande et une poche pylorique plus petite à parois moins étendues et plus épaisses. Entre les deux une partie rétrécie assez allongée. Le rétrécissement est dur, une masse indurée (ulcère calleux probablement) qui occupe la petite courbure, rétracte les parois à ce niveau en même temps qu'elle fait saillie à l'intérieur, diminuant encore de ce fait le couloir de communication. Au niveau du pylore, il semble exister un sillon cicatriciel, mais l'orifice paraît perméable.

Comme toujours en pareil cas, se posait la question du mode d'intervention.

La gastro-anastomose et la gastroplastie, qui donnent des résultats incomplets ou souvent mauvais, ne semblaient pas du reste pouvoir s'appliquer à la nature des lésions.

La résection médio-gastrique, opération idéale, conduisait à enlever toute la petite courbature, en somme à faire une gastrectomie très étendue, rendue difficile par des adhérences que je constatais en arrière, et aussi par la différence de grandeur des tranches de section que j'aurais eues.

Restait donc la gastro-entérostomie.

Comme la poche pylorique était plus petite, que le pylore paraissait perméable, il fallait évidemment drainer la poche cardiaque.

Je me décidai donc à une gastro-entérostomie en Y. Sur la poche cardiaque me réservant, au cas où l'évacuation de la poche pylorique se ferait mal, de compléter secondairement mon intervention en établissant une gastro-entérostomie latérale entre la poche pylorique et la branche cardiaque de l'Y, comme l'a indiqué Montprofit.

La malade a quitté l'Hôtel-Dieu le 25 juin dernier. Les accidents qui l'avaient amenée ont disparu. Le drainage de l'estomac se fait de façon satisfaisante, et il ne semble pas qu'on doive avoir recours ultérieurement à une opération complémentaire pour parfaire le résultat obtenu.

V. — Résection médiogastrique

De toutes les interventions proposées contre l'estomac biloculaire, il est absolument indiscutable que la résection annulaire radiogastrique est la plus rationnelle et la plus efficace. C'est l'opération idéale puisqu'elle supprime radicalement l'obstacle.

Les avantages sont multiples : tout d'abord elle permet d'enlever avec le retrécissement l'ulcère ou les ul-

cères qui avoisinent la cicatrice. Elle rétablit la continuité de l'estomac et assure ainsi à cet organe un fonctionnement plus normal de sa musculature. Enfin elle laisse le pylore libre, s'il est bon, c'est-à-dire non sténosé ni contracturé.

Par contre, les avantages sont compensés par des inconvénients tels qu'ils font de la résection une opération de pratique presque exceptionnelle.

La résection est toujours une *opération longue* et parfois rendue difficile par l'inégalité des manchettes, « elle n'est possible que si la poche cardiaque est suffisamment grande et si des adhérences ne rendent pas l'ectomie impraticable » (P. Duval.)

Elle donne un choc opératoire assez sérieux et la mort survient dans environ 5 à 7 o/o des cas. D'après les cas récemment publiés, par accidents pulmonaires, désunion des fils et péritonite, ou hémorragie. (Observation de Vallas).

Mais ces accidents de plus en plus rares ne retirent aucune valeur à la gastrectomie (partielle ou annulaire) et la résection médiogastrique reste « l'opération de l'avenir ». (Terrier et Hartmann).

Le seul inconvénient, mais inconvénient majeur, de la résection est la rareté de ses indications.

Résultats. — 1^o Gastrectomie partielle : Veyrassat n'en réunit que 3 cas avec une seule guérison. Nous n'en avons trouvé aucun cas dans la littérature médicale de ces dernières années.

Cette intervention peu recommandable doit céder le pas à la résection annulaire.

2° Gastrectomie annulaire médiogastrique. Veyrassat en réunit 12 cas avec 11 guérisons et 1 mort.

Nous y ajouterons 10 cas (6 de Delore, 2 de Lafourcade, 3 de Hartmann, 1 de Tuffier, 1 de Duval, avec 9 guérisons.

Les résultats éloignés sont assez peu connus : la malade de Vallas (cité par Veyrassat et P. Duval) est morte 4 ans après d'hématémèse due à un nouvel ulcère. La malade de Delore (citée par Veyrassat) est rentrée chez elle en bonne santé.

Nous donnons ici les conclusions formulées par M. Hartmann (1) à la société de chirurgie à ce sujet :

« Il ressort donc de nos observations que les résultats les meilleurs ont été obtenus après la gastrectomie annulaire. Il y a, à cela, croyons-nous, deux raisons : l'une, c'est que la gastrectomie annulaire, supprimant non seulement la stase au-dessus du bissac, mais aussi l'ulcère cause de la maladie, constitue une opération plus complète; plus radicale que toutes les autres. »

« Ce n'est pas la seule ; en principe nous faisons la gastrectomie annulaire, malheureusement elle n'est pas toujours techniquement exécutable. La gastro-entérostomie postérieure elle-même est loin d'être toujours possible. Dans nos observations, la gastro-entérostomie postérieure, elle-même, a été impossible par suite de la

(1) Hartmann *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1914, p. 827.

fusion de la face postérieure de l'estomac avec les parties avoisinantes. Il y avait de la *périgastrite adhésive* et la persistance de cette périgastrite après l'opération, constitue peut-être une des causes de l'imperfection des résultats obtenus, dans les cas où l'on ne pratique pas la gastrectomie annulaire, qui, elle, au contraire, est pratiquée dans les cas relativement simples, ceux où la libération de l'estomac est possible. »

Cependant la mortalité de la résection gastrique reste encore importante : Lubetzki en 1913 donne d'après une statistique fort incomplète d'ailleurs 18,4 pour 100 ; Delore évalue sa mortalité opératoire à 10 pour 100 (1).

Nous terminerons en donnant les observations récentes de résection annulaire médio-gastrique.

OBSERVATION XV (Résumée) (BARJON et DELORE).

*Estomac biloculaire (ulcère). — Résection de la portion rétrécie.
Guérison.*

Mme D..., 36 ans, souffre de l'estomac depuis plus de quinze ans. Elle a eu auparavant un ulcère de l'estomac. Actuellement, l'examen radioscopique montre l'existence d'une double poche gastrique. Une poche supérieure sus-ombilicale, allongée avec inférieure sous-ombilicale. Chacune de ces deux poches se contracte isolément, la seconde grandit à mesure que la première se vide. Il s'agit d'un estomac biloculaire par sténose médio-gastrique.

(1) in P. Duval : loc. cit.

Le 23 mars 1912, Deloce fait la résection de la portion rétrécie, puis la suture circulaire des deux poches.

Nouvel examen radioscopique le 16 avril, on trouve encore une zone rétrécie au niveau de la suture, mais l'estomac se contracte et se vide normalement.

Excellent résultat au point de vue opératoire et fonctionnel (1).

OBSERVATION XVI (TUFFIER) (2)

Estomac en sablier sans traces de lésions inflammatoires au niveau du rétrécissement. — Résection medio-gastrique. — Guérison.

Voici la radiographie et la pièce d'une malade à laquelle j'ai fait une *résection médio-gastrique*, dont elle est actuellement guérie. Cette femme avait des vomissements irréguliers et des troubles de la digestion gastrique depuis l'âge de 15 ans, et elle a maintenant 35 ans.

La pièce nous montre une sténose laissant à peine passer un crayon. Elle siégeait en plein milieu de la région médiane de l'estomac, et, le fait curieux, c'est qu'à son niveau la paroi stomacale était absolument normale. Comme vous pouvez vous en rendre compte ici, il n'existait pas trace d'adhérences ; le seul fait remarquable était une ptose très marquée de l'estomac, si bien qu'on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une sténose médio-gastrique congénitale on peut être même d'une traction par la ptose sur cette région de l'estomac.

(1) Barjon et Delore. — Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, 30 avril 1912, in *Lyon Chirurgical* 1912, p. 305.

(2) Tuffier. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1911, page 1346.

OBSERVATION XVII (P. DUVAL) (1)

*Sténose médiogastrique. — Résection annulaire médiogastrique.
Guérison*

M. S... 32 ans (malade adressée par le Dr A. Mathieu).

Passé gastrique datant de 16 ans.

Intervention le 30 mai 1914 : poches pylorique et cardiaque égales, sténose « en ficelle » sans aucune adhérence ni en avant ni en arrière.

Résection médiogastrique d'un anneau de 3 cm. de large. suture directe des deux poches.

Guérison régulière.

La Radiographie faite 3 semaines après l'opération a montré, ce qui a déjà été signalé, une biloculation gastrique spasmodique, un estomac biloculaire intermittent (Klose) au niveau de la résection. La poche cardiaque se vide par contractions rythmiques, toutes les cinq secondes environ, dans la poche pylorique, entre lesquelles la communication est interrompue entre les deux poches. Dans l'ensemble la réplétion de la poche pylorique est instantanée est très facile.

VI. — Gastro-Pyloréctomie

Cette intervention qu'indique formellement la biloculation due à un cancer a à peu près les mêmes avantages et les mêmes inconvénients que la résection annu-

(1) P. Duval — loc. cit. observation III.

laire médio-gastrique. Elle a l'avantage de supprimer l'obstacle, mais par contre ne rétablit pas la continuité de l'estomac. Elle impose une déviation nouvelle (gastro-entérostomie) et devient, de ce fait, une opération choquante grave.

Résultats :

Veyrassat n'en cite que deux cas (l'un de Bérard, l'autre de Gouilloud ; dans ces deux cas la guérison a été parfaite et s'est maintenue.

Nous avons relevé dans la littérature de ces dernières années trois cas opérés par Delore, de Lyon (1) avec trois guérisons et un par Moscovicz avec une guérison (obs. XIX). Nous donnons ici deux de ces observations, Delore n'ayant publié qu'un de ses cas.

OBSERVATION XVIII (BARJON ET DELORE) (2)

Estomac biloculaire (ulcère). — Résection de la poche pylorique et du pylore. — Guérison.

Une personne de 42 ans a depuis 10 ans des douleurs, des vomissements, alimentaires abondants et tardifs. Jamais d'hématémèses mais quelques mélènas probables.

Amaigrissement.

(1) Delore. Lyon Chirurgical. 1912, p. 306.

(2) Barjon et Delore. — Deux observations d'estomac biloculaire. Soc. méd. des hôpitaux de Lyon, 30 avril 1912. In Lyon chirurgical, 1912 p. 306.

Cliniquement, c'est un sténose pylorique : on songe à un néoplasme.

Examen radioscopique : petit estomac vertical ; bientôt le bismuth remplit une seconde poche qui est séparée de la première par une solution de continuité de la largeur de deux travers de doigt. Il s'agit d'un estomac biloculaire.

Le 17 avril 1912, Delore fait la résection de la poche inférieure de l'estomac et du pylore. Suture à trois plans des deux tranches avec abouchement duodeno-gastrique à la Kocher.

Guérison.

OBSERVATION XIX (Moskovicz) (1)

Estomac biloculaire. Sténose médio-gastrique et pylorique (ulcères). — Résection de la poche pylorique. Anastomosé de la poche cardiaque au jéjunum. — Guérison.

L'auteur présente une pièce provenant de la résection d'une des poches d'un estomac biloculaire. La résection a été faite chez une femme de 34 ans, atteinte depuis 16 ans d'un ulcère de l'estomac typique. Elle en guérit et resta en parfait état de santé jusqu'à il y a deux ans, lorsqu'apparurent des signes de sténose pylorique.

Le diagnostic d'estomac biloculaire a été fait avant l'intervention, par la clinique et par la radiographie.

A l'opération on trouva deux poches gastriques dont une énorme cardiaque, séparée de la poche pylorique plus petite par un anneau cicatriciel très dur ; un deuxième rétrécissement siégeait au niveau du pylore.

(1) Moszkovicz. — *Société Imperio-royale de Vienne*, 26 mars 1909, in *Revue de Chirurgie* 1909, p. 219.

Pour rétablir une perméabilité des poches gastriques avec l'intestin, il eut fallu pratiquer deux gastro-entérostomies : une au niveau de chaque poche ; l'auteur préféra la resection de la poche pylorique suivie d'une gastro-jejunostomie sur la poche cardiaque.

Guérison.

VII. — Opérations combinées

Les opérations complexes ont été appliquées soit à des estomacs biloculaires simples, soit à des estomacs biloculaires complexes.

A. — OPÉRATIONS POUR ESTOMAC BILOCLAIRE SIMPLE

Pour deux cas d'estomac biloculaire, Hochenegg et Moragliano (1) ont associé l'un la gastro-anastomose ; l'autre la gastro-entérostomie à l'entéro anastomose.

Plus récemment, Jeanne (2) a complété la gastro-anastomose par une gastro-entérostomie sur la poche pylorique.

Nous ajouterons à ces faits, une gastro-entérostomie avec gastropastie pour estomac triloculaire (Paterson-Gardner, (3) et une gastro-anastomose pour un cas du même genre (Moynihan (4).

(1) Hochenegg et Moragliano. — cites par Lion et Nathan, loc cit p. 738.

(2) Jeanne — A propos de l'estomac biloculaire. Rapport de Tuffier *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1907. p. 843.

(3) Paterson Gardner. — citer par Lion et Nathan. loc, cit.

(4) Moynihan. — citer par Lion et Nathan, loc. cit.

B. — OPÉRATIONS COMPLEXES POUR STÉNOSES
PYLORIQUE A¹ MÉDIO-GASTRIQUE ASSOCIÉES.

Nous ne ferons pas un long exposé de ces procédés opératoires car il faudrait en décrire autant qu'il y a de combinaisons pathologiques.

Ce sont tout naturellement des méthodes compliquées sur l'emploi desquelles il est assez difficile de se faire une opinion étant donné le petit nombre d'observations que nous possédons pour chaque catégorie.

Nous croyons cependant que la gastro-anastomose entre les deux poches avec gastro-entérostomie sur la poche pylorique pourraient être la seule ressource thérapeutique dans certains cas. Dans d'autres on a associé la gastroplastie à la gastro-enterostomie.

a/ *Gastroplastie avec gastro-entérostomie.* — Nous avons relevé avant 1910 :

19 cas de Mayo Robson avec 17 guérisons.

1 cas de Durante avec 1 guérison

Depuis 1910 nous relevons :

1 cas de Gruget avec une guérison.

2 cas de Hartmann avec deux guérisons.

Soit 23 cas avec 21 guérisons (91,3 o/o).

OBSERVATION XX (GRUGET) (1)

Estomac biloculaire (ulcère ancien). — Diagnostic par la radiographie. — Gastroplastie et gastro-entérostomie. — Guérison.

Il s'agit d'une femme de 51 ans qui vient consulter pour des troubles gastriques dont le début remonte à plus de 20 ans.

L'analyse des symptômes qu'elle a présenté durant ces longues années permet de penser à un ulcère de la petite courbure.

Deux examens radiographiques faits à un mois d'intervalle montrent l'existence d'une *sténose médio-gastrique* avec une poche supérieure qui n'est pas vidée 45 minutes après le repas bismuthé et une poche inférieure qui contient encore du bismuth 4 heures après l'absorption de celui-ci.

Il semble donc bien établi que l'on se trouve en présence d'un *estomac biloculaire avec sténose du pylore* probablement dû à un ulcère cicatriciel et calleux de la petite courbure.

Opération le 20 janvier 1913.

La parotomie médiane sus-ombilicale avec l'assistance du Dr Loiseleur.

La face antérieure de l'estomac dégagée, on constate que celui-ci paraît divisée en 2 poches distinctes par un *rétrécissement transversal* allant de la partie moyenne de la petite courbure vers la région correspondante de la grande. Il existe à ce niveau une *sorte d'épaississement et d'hypervascularisation* de l'estomac qui est surtout marquée vers la petite courbure. La palpation de celle-ci révèle l'existence d'une masse relativement mobile, assez volumineuse, à grand diamètre vertical, occupant une partie

(1) Gruget (de Laval). — Rapport de E. Potherat *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 1914, p. 474.

de la petite courbure, de puis l'union de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs jusqu'au pylore, qui est induré. Cette masse est aisément palpée avec deux doigts dont le postérieur, refoulant le petit épiploon, empiète sur la partie correspondante de la face postérieure de l'estomac. Nulle part, on ne voit ni ne sent de ganglions. Dans l'ensemble, l'estomac a *bien l'aspect biloculaire*, mais cette biloculation *paraît moins marquée maintenant que ne semblait le faire croire la radiographie*.

En somme, à part la question du degré d'atrésie, la biloculation était certaine et la sténose pylorique certaine. Ces constatations faites, il convenait d'instituer un traitement approprié aux lésions. Voici comment le docteur Gruget établit ce traitement :

Il fait d'abord une GASTROPLASTIE au niveau de la sténose médiogastrique, en incisant verticalement la face antérieure de l'estomac sur une longueur de 5 à 6 centimètres et en la suturant horizontalement par un premier surjet total et un second surjet séro-séreux, surjet d'enfouissement. Il pratique ensuite une gastro-entérostomie postérieure. Il aurait voulu, nous dit M. Gruget, faire une gastro-entérostomie à suspension verticale suivant le procédé de MM Richard et Chevrier, mais la petite courbure étant fixée en arrière et ne prêtant pas au déplacement de l'organe, il se décida pour le procédé de von Hacker.

Les *suites opératoires* furent excellentes ; les douleurs disparurent totalement. La malade quitta la clinique le quatorzième jour, et avant son départ, on procéda à un dernier examen radiographique. Celui-ci montra qu'il existait une encoche sur la grande courbure de l'estomac, encoche légère peu marquée. L'examen après repas de Rieffer montra que la bouillie descend directement dans la partie la plus déclive de l'estomac.

La malade est revue le 24 avril 1913. Depuis son départ, elle a engraisé de 8 livres, elle n'a plus eu aucune douleur gastrique ni aucun vomissement, et cependant elle ne *suit aucun ré-*

gime alimentaire, malgré l'avis qui lui en avait été donné; elle se contente de prendre deux fois par jour une poudre alcaline qui lui avait été prescrite pour une durée de 6 mois après son opération.

A noter que la malade, auparavant très constipée, n'allant à la selle que tous les deux jours, grâce à un lavement, a depuis l'intervention des selles spontanées quotidiennes.

b) *Gastro-gastrostomie avec gastro-entérostomie*

Elle a été faite : une fois par Routier (1) par Mauclaire (obs. XXI), par P. Duval (obs. XXII), par von Hacker (2), une autre fois par Pauchet (obs. XXIII) qui y associa une jéjuno-jéjunostomie, une sixième fois enfin par Lafourcade (3). Il y a eu guérison dans les 6 cas (obs. XXI).

OBSERVATION XXI (MAUCLAIRE) (4)

*Estomac en sablier par ulcère et tumeur pylorique indurée. —
Gastro-gastrostomie et gastro-entérostomie postérieure sur la
poche cardiaque.*

Voici une malade âgée de 38 ans qui, à l'âge de 22 ans, présente tous les signes d'un ulcère de l'estomac. Depuis, elle a toujours souffert de l'estomac et, depuis 6 mois, les digestions sont très pénibles. La malade a beaucoup maigri et ne se nourrit plus.

A l'examen radioscopique, la malade étant debout, on constate

(1) Routier. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1913 p. 198.

(2) Von Hacker. — in Lion et Natan. loc cit,

(3) Lafourcade. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1914. p. 797.

(4) Mauclaire. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1913, p. 195.

un estomac en sablier. Le bismuth passe difficilement par un *trajet filiforme* dans la poche inférieure pylorique. De plus il existe une masse pylorique que l'on sent à la palpation.

Nous pensâmes à l'existence d'un rétrécissement médio-gastrique cicatriciel avec rétrécissement pylorique par un deuxième ulcère cicatrisé avec induration fibreuse. Une fois le ventre ouvert, la malade étant couchée, l'aspect de l'estomac n'est plus le même, il est presque transversal. J'ai fait la gastro-gastrostomie entre les 2 poches gastriques, puis j'ai fait la gastro-entérostomie postérieure sur la poche supérieure.

La malade a guéri ; elle a fait toutefois une poussée de phlébite au 10^e jour.

Elle a engraisé rapidement et n'est plus cachectique.

A la radiographie, 50 jours après l'opération, la malade étant debout, on voit encore l'aspect en sablier vertical de l'estomac. Le bismuth passe tout de suite de la poche supérieure dans la poche inférieure, tandis qu'avant l'opération ce passage était très long.

En faisant faire le ventre creux à la malade, on ne voit pas fonctionner la gastro-entérostomie postérieure. Peut-être ne fonctionne-t-elle que lorsque la malade est couchée.

OBSERVATION XXII (P. DUVAL) (1)

Estomac biloculaire (Ulcère ancien.) Sténose de pylore. Gastro-gastrostomie. Gastro-entérostomie sur la poche pylorique. Guérison.

Mlle B... 24 ans. (Malade adressé par le Dr A. Mathieu.)

Ulcère de l'estomac datant de 14 ans. Radioscopie Estomac biloculaire.

(1) P. Duval. — Indications des différents procédés opératoires dans le traitement de l'estomac biloculaire.

Bull. et Mém. de la Société de Ch. 1914. p. 790, 804. Observation I.

Opération: Le 19 juin 1913. Sténose médiogastrique serrée. Poches pylorique et cardiaque sensiblement égales. Adhérences étendues de la sténose au pancréas.

Sténose de pylore concomitante. Gastro-gastrostomie, large en avant de la sténose. Gastro-entérostomie postérieure sur la poche pylorique.

Guérison régulière. La malade a engraisé de 10 kilogrammes

La radiographie après intervention montre le passage immédiat de la bouillie bismuthée de la poche pylorique.

OBSERVATION XXIII (PAUCHET) (1)

Double sténose gastrique (estomac biloculaire) et duodénale. —

Triple anastomose (gastro-gastrostomie ; gastro-entérostomie ; jéjuno-jéjunostomie). — Retour des accidents par ulcères péptiques. --- Gastrectomie. --- Guérison.

Mlle F. B..., 30 ans, est soignée par le docteur Béhague, d'Arras, qui pose le diagnostic d'ulcère juxta-pylorique ou duodénal sténosant et m'envoie la malade pour l'opérer.

Cette femme présente l'histoire clinique d'un double ulcère : ulcère duodénal de 14 à 20 ans et ulcère gastrique de 20 à 30 ; ces deux ulcères ont abouti à une double sténose duodénale et médiogastrique [sablier]. Le diagnostic a été posé par le radiologue Degouy, d'Amiens, en présence du docteur Sourdat ; on constate une *poche épigastrique* peu dilatée, très haute, paraissant fixée en bas par des adhérences ; cette poche supérieure ne se vide pas pendant l'exploration. Le lendemain, l'examen radioscopique est renouvelé, la poche supérieure est tout à fait

(1) Pauchet. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 1914, p. 528.

vidée ; par contre on constate une deuxième poche immédiatement sus-pubienne ; celle-ci contient la totalité de bismuth de la veille et présente de nombreuses contractions. Il s'agit donc d'un estomac biloculaire ; pendant la durée de l'examen, on constate le passage du bismuth dans les anses grêles ; la bouillie ne passe que très lentement et seulement les jours suivants.

Première opération, le 28 février 1913. — *Triple anastomose (gastro-gastrostomie ; gastro-entérostomie : jéjuno-jéjunostomie)* avec les docteurs Sourdat, Dacheux, Béhague.

Laparatomie médiane épigastrique ; on découvre d'abord la poche supérieure, son volume est à peu près celui d'un estomac normal ; puis une énorme masse inflammatoire cicatricielle qui occupe la petite courbure ; quelques anses grêles y adhèrent, on les détache ; cette cicatrice adhère à la paroi de l'abdomen antérieur et au foie ; elle est libérée et séparée de ces différents organes ; l'incision est agrandie par en bas, on attire et on découvre alors une poche sous-ombilicale, énorme, avec une paroi très épaissie.

Mon plan opératoire est le suivant : ne pas réséquer la portion sténosée de l'estomac, parce que l'ulcère est très étendu, adhérent au foie et à la paroi abdominale postérieure ; l'intervention me paraît trop chocante chez une malade cachectique : je me contenterai de faire l'anastomose entre la poche supérieure et la poche inférieure, puis une gastro-entérostomie, sur la poche inférieure communiquant avec l'autre.

L'anastomose gastro-gastrique est facile parce que la poche inférieure très vaste, se laisse attirer facilement vers la poche supérieure située plus haut et plus retractée ; je fais la bouche anastomotique verticale : l'ulcère gastrique chronique, qui a déterminé la sténose, se trouve ainsi, en grande partie, dissimulé sous le pli formé par la gastro-gastrostomie ; la bouche de communication est environ de 7 à 8 centimètres de hauteur.

Je fais ensuite une gastro-entérostomie antérieure ; en effet, l'anastomose postérieure devient impossible par les adhérences

de la face postérieure de l'estomac ; adhérences qui ont supprimé l'arrière-cavité de l'épiploon ; cette gastro-entérostomie est faite à 30 centimètres de l'anse duodéno-jéjunale. Quand elle est terminée, je remarque qu'il se produit une coudure entre l'anse afférente et l'estomac ; je crains le cercle vicieux et complète l'opération par une fistule jéuno-jéjunale : je reconnais qu'en faisant couler ainsi directement la bile dans l'intestin, sans passer par l'estomac, je ne favorise pas la neutralisation du suc gastrique hyperacide au niveau de la poche inférieure, et que peut-être j'aurai à craindre, par la suite, un ulcère-peptique ; mais je veux parer au danger immédiat sans me soucier des objections physiologiques ; je fais donc une troisième anastomose.

Suites opératoires : très bonnes, la malade se remet rapidement, elle mange avec avidité et, dix-huit mois plus tard elle a engraisé de 15 kilogrammes.

Deuxième histoire clinique : sténose des orifices anastomotiques, ulcère rongéant de la petite courbure.

Après 18 mois de bonne santé apparente, l'opérée recommença à souffrir, les douleurs étaient semblables à celles qu'elle éprouvait jadis ; elles semblaient plus superficielles et présentaient leur maximum à gauche de la ligne médiane et au-dessus de l'ombilic. La santé devint précaire ; deux ans après le sujet se trouvait aussi cachectique que par le passé. L'examen abdominal faisait constater du côté de l'hypoconose gauche et près de l'ombilic une induration douloureuse à la palpation ; cette zone hyperesthétique témoignait d'un abcès périgastrique antérieur où d'un ulcère rongéant la paroi.

La radiographie devait confirmer les données de la clinique. La malade fut de nouveau radioscopée par le docteur Degouy [Amiens]. Elle absorbe 90 grammes de bismuth, la poche supérieure se remplit complètement et immédiatement ; une grande tâche noire correspond au niveau de l'induration abdominale et montre qu'il existe là, au niveau d'un ulcère, une niche profonde

et étendue ; pendant les quelques instants que dure l'exploration, on aperçoit même un mince filet bismuthé qui glisse vers la paroi inférieure de l'abdomen ; le lendemain, la malade est réexaminée, tout le bismuth a passé dans la poche inférieure qui ne se vide pas ; l'ulcère reste toujours plein de bismuth ; le filet intermédiaire de la poche supérieure à la poche inférieure est encore nettement perçu.

Il résulte de cet examen que l'ulcère a corrodé la paroi abdominale et que l'orifice de communication entre les deux poches supérieure et inférieure est partiellement oblitéré parce qu'irrité par un ulcère peptique. Même oblitération a dû se produire au niveau de la gastro-jéjunostomie.

Deuxième opération : Gastrectomie avec Sourdat et Béhague (au Pavillon Devauchel).

Le plan opératoire est le suivant : sectionner le pylore, sectionner l'anastomose gastro-jéjunale, sectionner la poche supérieure au-dessus de l'ulcère, enlever l'estomac et l'anse jéjunale, puis implanter le jéjunum au-dessous de l'anastomose dans la poche gastrique.

L'opération se fait ainsi : Laparatomie médiane, libération de l'estomac au niveau de l'ulcère énorme corrodant la paroi abdominale ; quelques gouttes mucopurulentes tombent dans le ventre, l'ulcère vient de l'anastomose gastro-gastrique pénétrer la paroi ulcère peptique, badigeonnage iodé de l'ulcère pénétrant. Je sectionne le pylore, je tranche l'anastomose jéuno-jéjunale de façon à libérer la masse gastro-jéjunale ; je libère l'estomac et son ulcère d'avec les organes voisins qui lui sont soudés : péritoine, foie, pancréas, méso-côlon transverse, etc. J'atteins ainsi la poche supérieure que je coupe franchement à deux travers de doigts au-dessus de l'ulcère gastrique. La libération de l'estomac fut difficile, surtout au niveau de la paroi antérieure où l'ulcère peptique avait corrodé la paroi abdominale antérieure et creusé dans son épaisseur une niche profonde de 1 cent. 1/2

et large de 4 ou 5 centimètres ; au niveau de cette adhérence de l'estomac avec la paroi il existait un petit abcès qui s'ouvrit dans la cavité abdominale, heureusement bien protégée ; je badigeonnai à la teinture d'iode la cavité de l'ulcère et la temponnai momentanément. L'opération se poursuit : Je libérai l'estomac, sectionnai la poche supérieure, puis, attirant l'anse jéjuno-jéjunale, j'implantai celle-ci dans l'extrémité libre de l'estomac ; comme cette bouche jéjuno-jéjunale était trop étroite, je la fendis au doux extrémités de façon à avoir un orifice de 7 à 8 centimètres qui s'adapta très bien à l'extrémité de la poche gastrique.

Je lavai le péritoine avec un litre d'éther à cause de quelques gouttes de pus qui avaient coulé au début de l'opération, et deux minutes plus tard, la malade devint blême, marbrée de taches violacées, comme un cadavre ; je suturai l'abdomen tandis qu'on faisait respirer de l'oxygène ; elle resta ainsi d'aspect cadavérique pendant 4 heures ; je fus convaincu qu'elle ne se réveillerait jamais ; Béhague resta près de la malade pendant 2 heures, lui fit inhaler de l'oxygène et lui injecta de la solution saline sous la peau ; grâce à ces soins, elle sortit de la torpeur, sa coloration devint normale. L'opérée fit un petit abcès de la paroi et une fistule qui se fermèrent spontanément.

Elle engraisa de 10 kilos. pendant le semestre suivant. La pièce fut présentée à la *Société Médicale de Picardie*, en mars 1914.

Une radioscopie faite le 25 avril 1914 montre l'estomac gros comme une vessie sous les côtes et se vidant rapidement dans le grêle.

C. -- AUTRES OPÉRATIONS

D'autres procédés ont été relevés par Lion et Nathan, nous les énumérons ici : Schloffer : 1 cas gastro-

plastie, gastro-anastomose et gastro-entérostomie. Guérison.

Durante : 1 cas. Gastroplastie et pyloroplastie. Guérison.

Moynihan : 1 cas, Gastro-enterostomie, et pylorodivis. Guérison.

Budinger : 1 cas. Pylorectomie et gastro-entérostomie. Guérison.

Lambotte ; 3 cas. Gastrectomie et pylorectomie. Guérison.

Imredi-Lumniczer : 1 cas. Gastro-entérostomie, pylorectomie, résection partielle de l'estomac. Guérison.

Indications opératoires

Dès que la biloculation gastrique donne des symptômes particuliers, dès qu'elle détermine des troubles de circulation des aliments, aucun traitement médical ne peut guérir le mal, il est nécessaire de recourir au traitement chirurgical d'emblée et on peut poser en principe que tout estomac biloculaire diagnostiqué doit être opéré.

Il s'agit maintenant de déterminer quel genre d'opération on devra choisir; fera-t-on une gastroplastie, une gastro-anastomose, une gastro-entérostomie, une résection annulaire ?

Tout d'abord un premier point semble acquis: il faut renoncer à la *Gastroplastie* qui ne peut être faite qu'en présence d'une cicatrice souple, petite, sur un estomac mobile, mais qui est formellement contr'indiquée en présence de contracture ou de sténose du pylore, en présence d'un rétrécissement trop long, de poches trop inégales.

« Il y a tant de raisons qui contr'indiquent la gastroplastie qu'il vaut mieux la rejeter tout à fait ». (Veyrassat).

La gastroplastie étant éliminée, nous restons en présence de trois opérations :

1° *La résection annulaire* qui, théoriquement idéale, n'est pas toujours possible et n'est pas sans danger (mortalité de 10 à 15 o/o).

2° *La gastro-entérostomie*, moins parfaite, surtout quant à l'avenir, que la précédente mais plus facile à exécuter et comportant des indications plus fréquentes.

3° *La gastro-gastrostomie*, bonne opération, un peu trop délaissée (P. Duval), indiquée lorsque les deux poches sont de volume égal, lorsque la poche pylorique est plus grande que la poche cardiaque (P. Duval), bien supérieure à la gastro-entérostomie car elle ménage mieux la fonction stomacale (Hartmann).

Les éléments qui doivent guider le choix sont les suivants :

L'estomac est-il adhérent ou libre ?

Le pylore est-il perméable ou sténosé ?

Quel est le volume respectif des deux poches ?

A. Estomac libre, non fixé, ou mobilisable

L'estomac n'a pas d'adhérence ou a des adhérences faciles à libérer.

Dans ce cas, l'estomac étant facile à extérioriser, permettra une intervention extra-abdominale.

Si le sujet a un *bon état général*, si le *pylore est perméable*, on fera une *résection annulaire* quel que soit le volume des deux poches. C'est-là la seule intervention rationnelle. Si la poche pylorique est petite et le

pylose sténosé on fera une *pyloro-gastrostomie*.

Si le sujet a souffert depuis longtemps de la sténose, s'il est *anémié*, *cachectique*, la résection annulaire ne saurait être entreprise sans courir de grands risques : il vaudra mieux partager à la *gastro-gastrostomie* d'exécution plus facile, si les deux poches sont égales ou si la poche pylorique est plus grande que la poche cardiaque (P. Duval).

Cette gastro-gastrostomie pourra d'ailleurs être complétée par une *gastro-enterostomie* sur la poche pylorique si le pylore est sténosé.

B. *Estomacs impossibles à mobiliser.*

C'est le cas le plus fréquent. La sténose médiogastriques est presque toujours adhérente (périgastrite adhésive), et ces adhérences impossibles à détruire sans léser les parois gastriques. Elles rendent impossible tout traitement radical, il faut recourir ici aux opérations palliatives.

a) *Le pylore est perméable.* — La *gastro-gastrostomie* est indiquée si les *parois antérieures* des deux poches sont *mobiles* si les *poches* sont *sensiblement égales*, ou si la poche pylorique n'est pas très petite.

Si les parois antérieures des deux poches égales ne sont pas mobiles ou ne pourra tenter qu'une double *gastro-enterostomie* qui selon l'étendue des adhérences sera faite sur la paroi postérieure (opération de Von Hacker) ou sur la paroi antérieure. Si la poche pylorique est pe-

tite on fera une gastro-entérostomie sur la poche cardiaque.

Si la *poche cardiaque est très petite*, la gastro-entérostomie ne peut servir à rien. Drainer une petite poche en excluant ainsi une grande poche pylorique, serait une faute grave mortelle. Au surplus, établir une gastro-entérostomie sur une poche cardiaque haut située ou biens cachés sous les fausses côtes ne serait pas chose facile. Que faire alors? On tentera une *gastro-gastrostomie avec*, au besoin, une *gastro-entérostomie sur la poche pylorique*. Sinon il faudra recourir à la *Gastrostomie* sur la poche pylorique.

b. *Il y a sténose pylorique.* — Dans tous les cas où la gastro-gastrostomie sera possible, on la complètera par la gastro-entérostomie sur la poche pylorique.

Si la poche pylorique est très petite, on se contentera d'une gastro-enterostomie sur la poche cardiaque.

Si la gastro-anastomose est impossible on tentera avec deux poches sensiblement égales où on fera une double gastro-entérostomie si les poches sont égales où la poche pylorique grande. Si la poche pylorique est petite on fera une seule bouche cardiaque.

Quant aux cas de biloculation avec cancer, la règle est de se comporter comme pour tout cancer de l'estomac, de faire la pylorogastrectomie pour autant que l'état général ou local du sujet le permettent. Un cancer localisé aux parois antérieure ou postérieure n'ayant pas encore envahi la chaîne lymphatique sera enlevé par la résection annulaire médio-gastrique faite très largement pour être sûr que les limites du mal sont dépassées.

CONCLUSIONS

Le chirurgien doit se guider dans le choix d'une intervention pour estomac biloculaire sur :

La mobilité ou, au contraire, la fixité de l'estomac.

La perméabilité ou la sténose [du pylore.

Le volume respectif des deux poches.

L'état général du sujet.

I. *L'estomac est libre, non fixé, mobilisable*

1° Le malade a un bon état général.

a) Le pylore est perméable :

L'opération de choix est la *Résection Annulaire*,

b) Le pylore est imperméable : On fera

a) Si les poches sont égales, ou

b) Si la poche pylorique est grande, *Résection annulaire puis gastro-entérostomie*.

c) Si la poche pylorique est petite : *Gastropyloréctomie*.

2° Le malade a un mauvais état général.

a) Le pylore est perméable : on fera

- a) Si les poches sont égales ; b) si la poche pylorique est grande : *Gastro-gastrostomie.*
 - c) Si la poche pylorique est petite : *Gastro-entérostomie sur la poche cardiaque.*
- b) Le pylore est imperméable : on fera
- a) Si poches égales : b) si grande poche pylorique : *Gastro-gastrostomie, gastro-entérostomie.*
 - c) Si poche pylorique petite : *Gastro-entérostomie sur la poche cardiaque.*

II. *L'estomac est impossible à mobiliser*

- a) Le pylore est perméable :
- 1° Poches égales ou grande poche pylorique :
 - a) Les parois antérieures sont mobiles : *Gastro-gastrostomie.*
 - b) Les parois antérieures ne sont pas mobiles : *Gastro-entérostomie double.*
 - 2° Grande poche cardiaque : *Gastro-entérostomie sur la poche cardiaque.*
- b) Le pylore est imperméable :
- 1° Si la *gastro-gastrostomie* est impossible :
 - a) Les poches sont égales }
 - b) Grande poche pylorique } *double gastro-entérostomie*
 - c) Petite poche pylorique : *gastro-entérostomie sur la poche cardiaque.*

On voit par là quelles sont les indications des différents procédés :

- 1° *La résection annulaire* est l'opération de choix

chez un sujet à bon état général, dont l'estomac est mobile, non fixé, avec pylore perméable.

2° *La gastropyloréctomie* s'applique dans les mêmes conditions lorsque le pylore est imperméable.

3° *La gastro-gastrostomie simple* s'applique lorsque l'estomac est libre, les deux poches étant égales ou la pylorique plus grande que la cardiaque, quel que soit l'état général du sujet.

Elle est encore indiquée dans tous les cas d'estomac adhérent, mais dont la paroi antérieure est mobile. C'est une excellente opération.

4° *La gastro-gastrostomie avec gastro-entérostomie sur la poche pylorique* s'applique aux mêmes cas, que la gastro-gastrostomie simple, mais compliqués de sténose pylorique.

5° *La gastro-entérostomie simple ou double*, s'applique à tous les autres cas. C'est l'opération la plus employée parce qu'elle est rapide, facile, bénigne, et parce que ses indications sont les plus fréquentes.

Vu :

Le Président de Thèse,

POZZI.

Vu :

Le Doyen :

ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

POINCARÉ.

